SEMC – REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE 2026-2027

Información sobre la persona que recibirá la vacuna. Escriba el nombre en letra de imprenta

Apellido_____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de teléfono: _____

Médico de familia: _____ Iniciales de la enfermera_____

Alergias _____ Clínica de atención primaria: _____

Responda las siguientes preguntas

1. ¿Tienes 65 años o más? Sí ☐ No ☐
   Los pacientes de 65 años o más recibirán Fluad
2. ¿Es usted receptor de un trasplante de órganos? Sí ☐ No ☐
   Los pacientes entre los 18 y 64 años recibirán Fluad
3. ¿Alguna vez ha padecido el síndrome de Guillain-Barré? Sí ☐ No ☐
4. ¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre en las últimas 48 horas? Sí ☐ No ☐
5. ¿Se ha vacunado contra la gripe alguna vez? Sí ☐ No ☐
   En caso afirmativo, ¿tuvo alguna reacción a la vacuna contra la gripe? Sí ☐ No ☐
   B. En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los síntomas? _____
   C. ¿Hace cuántos años comenzaron los síntomas? _____
7. Si es mujer, ¿está embarazada? Sí ☐ No ☐
8. Si tiene entre 50 y 64 años, la vacuna recomendada es Flublok.
   ¿Acepta la recomendación de FLUBLOK? Sí ☐ No ☐

Si ha recibido recientemente quimioterapia, radioterapia o esteroides (excepto los inhalados), estas condiciones pueden disminuir la eficacia de la vacuna. Sin embargo, a menos que su médico le haya indicado lo contrario, se sigue recomendando la vacunación contra la gripe.

He leído o me han explicado la Declaración de Información sobre la Vacuna sobre la Gripe y la vacuna contra la gripe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi entera satisfacción. Creo comprender los beneficios y los riesgos de la vacuna contra la gripe y pido que se me administre la vacuna.

Sleepy Eye Medical Center conservará este registro.

Firma: _____ Fecha: _____

<table>
<tr><td colspan="3">Solo para uso administrativo:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Fecha de administración/VIS otorgada: _____/_____/_____</td><td>Fecha de VIS: 31/1/2025</td></tr>
<tr><td>Lote n.°:</td><td>Fabricante:
CSL MED
SKB NOV
PMC PSC</td><td>Código CPT:
90653: Fluad
90673: FluBlok para mayores de 18 años
90656: Fluarix trivalente para mayores de 6 meses (GSK)
90660: Vacuna antigripal en aerosol para edades de 2 a 49 años (MED)
Otro:</td></tr>
<tr><td>Vía:</td><td>Centro:</td><td>Nombre y cargo del administrador de la vacuna:</td></tr>
</table>